

فرم مربوط به آخرین اطلاعات بازنشستگان و موظفین

باعنایت به اینکه آگاهی داشتن از آخرین وضعیت عزیزان بازنشسته و وراث در خصوص بیمه درمانی -بیمه تکمیلی -افراد تحت پوشش بیمه ای - آدرس- شماره های تماس و برای دانشگاه به منظور ارائه خدمات بهتر ضروری است، لذا خواهشمند است فرم ذیل را با دقت کامل تکمیل و پس از امضاء و الصاق مدارک به مدیریت کارگزینی ارائه فرمایید.

نام :		نام خانوادگی :		کد ملی :		○ هیأت علمی ((مرتبه علمی قید شود)):	
نام پدر :		شماره شناسنامه:		کد شعبه:		شماره حساب بانک صادرات :	
نام مادر :		محل صدور شناسنامه :		نام شعبه :		(مندرج در اولین حکم برقراری حقوق بازنشستگی)	
تاریخ تولد :		○ مرد ○ زن		○ متأهل		○ مجرد	
مدرک تحصیلی :		آخرین پست :					
تاریخ بازنشستگی:		روز ماه سال		تاریخ از کارافتادگی :		روز ماه سال	
○ ایثارگر		○ عضو بسیج		○ جانباز (درصد جانبازی)		درصد	
○ آزاد		○ مدت اسارت		(ماه)		○ رزمنده - مدت حضور در جبهه (ماه)	
انتقال از :		غیر انتقالی :		واحد محل خدمت :			
آدرس محل سکونت :		کد پستی ده رقمی:		تلفن همراه :		تلفن ثابت فرد :	
				تلفن یکی از بستگان نزدیک :			

وضعیت بیمه :

الف - بیمه درمانی :		○ هستم		○ نیستم		○ تحت پوشش بیمه همسر می باشم		○ تحت پوشش بیمه همسر نمی باشم		شماره کد بیمه درمانی :	
ب - بیمه تکمیلی		○ هستم		○ نیستم						شرکت بیمه تکمیلی :	
										○ شرکت بیمه آتیه سازان	

مشخصات افراد تحت تکفل (فقط افرا تحت تکفل قید شود.)

ردیف	نام	نام خانوادگی	نسبت	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	محل صدور	وضعیت شغلی	بیمه تکمیلی
			پدر			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد
			مادر			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد
			همسر			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد
			فرزند			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد
			فرزند			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد
			فرزند			۱۳ / /			○ می باشد ○ نمی باشد

تذکرات*ارائه فتو کپی صفحات ۱ و ۲ شناسنامه و همچنین کارت ملی شخص بازنشسته و افراد تحت تکفل به همراه این فرم الزامی است * کمک هزینه عائله مندی به کلیه بازنشستگان دارای همسر دائم و وظیفه بگیران تعلق می گیرد* کمک هزینه اولاد به کلیه کارکنان مرد، بازنشسته و وظیفه بگیران که داری فرزند تا سن ۲۰ سال هستند تعلق خواهد گرفت* ضمناً حداکثر سن برای اولاد ذکوری که ادامه تحصیل می دهند (ارائه گواهی معتبر) ۲۵ سال تمام و برای اولاد اناث زمان ازدواج می باشد* بازنشستگان زن و وظیفه بگیران که دارای همسر نبوده و خود به تنهایی متکفل مخارج فرزندان می باشند، می توانند جدول مذکور را تکمیل نموده و مدارک مستند از مراجع ذیصلاح را تحویل تا از کمک هزینه عائله مندی و اولاد برخوردار گردند.

تعهده: (اینجانب با تکمیل و امضاء این فرم متعهد می گردم در صورتیکه تغییراتی در وضعیت تأهل، اولاد، بیمه ها، آدرس و... بوجود آید که موجب قطع یا برقراری کمک هزینه عائله مندی و کمک هزینه اولاد یا هر گونه اصلاح دیگری شود را در اسرع وقت کتباً جهت اقدام لازم به کارگزینی اعلام نمایم.)

امضاء

تاریخ